

Evaluation autour des CCI (Chambre à cathéter implantable)

Fiche n°1 : Avant la pose de CCI

Audit organisationnel : 1 fiche par établissement « poseur »
Répondre à l'ensemble des questions ci-dessous

		OUI	NON
1-1	Une Check-list Voie Veineuse Centrale est mise en place dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2	Le protocole prévoit une douche ou toilette complète dans l'établissement avec une solution moussante antiseptique (cheveux compris) avant la pose ou le retrait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3	Les protocoles prévoient (<i>plusieurs réponses possibles</i>) <ul style="list-style-type: none">- La préparation cutanée de la zone opératoire <input type="checkbox"/>- L'habillage de l'opérateur <input type="checkbox"/>- L'hygiène des mains de l'opérateur <input type="checkbox"/>		
1-4	La pose de la CCI est réalisée (<i>plusieurs réponses possibles</i>) <ul style="list-style-type: none">- Salle d'intervention au bloc opératoire <input type="checkbox"/>- Salle à empoussièremement maîtrisée de classe ISO 5, 6 ou 7 <input type="checkbox"/>- Local conventionnel (sans traitement d'air) <input type="checkbox"/>- Autre lieu <input type="checkbox"/> : -----		
1-5	Le retrait de la CCI est réalisé (<i>plusieurs réponses possibles</i>) <ul style="list-style-type: none">- Salle d'intervention au bloc opératoire <input type="checkbox"/>- Salle à empoussièremement maîtrisée de classe ISO 5, 6 ou 7 <input type="checkbox"/>- Local conventionnel (sans traitement d'air) <input type="checkbox"/>- Autre lieu <input type="checkbox"/> : -----		
		OUI	NON
1-6	a) Une information du patient est prévue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Choisir le ou les thème(s) abordés lors de cette information <ul style="list-style-type: none">- Type d'intervention <input type="checkbox"/>- Complications éventuelles <input type="checkbox"/>- Suites opératoires <input type="checkbox"/>- Autre <input type="checkbox"/> : -----		
1-7	La gestion du carnet de suivi ou de surveillance est prévue (Traçabilité de l'utilisation de la CCI remise systématique au patient)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-8	En cas d'aiguille laissée en place pour une prise en charge à domicile, il est prévu que soit précisé dans le carnet de suivi (ou autre support de remplacement) les éléments suivants (<i>plusieurs réponses possibles</i>) <ul style="list-style-type: none">- La date de pose de l'aiguille <input type="checkbox"/>- La date de la dernière réfection de pansement <input type="checkbox"/>- Les problèmes liés à l'utilisation de la CCI <input type="checkbox"/>- Non précisé <input type="checkbox"/>		
		OUI	NON
1-9	Une procédure de désobstruction est à disposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-10	Une procédure d'urgence en cas d' extravasation est à disposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-11	a) Un audit ou une évaluation a déjà été réalisé sur les CCI NON <input type="checkbox"/> OUI dans l'année <input type="checkbox"/> OUI il y a 2 ans <input type="checkbox"/> OUI il y a 3 ans <input type="checkbox"/>		
	b) Un audit ou une évaluation a déjà été réalisé sur les VVC NON <input type="checkbox"/> OUI dans l'année <input type="checkbox"/> OUI il y a 2 ans <input type="checkbox"/> OUI il y a 3 ans <input type="checkbox"/>		

Guide de remplissage

Les réponses sont soit des cases à cocher soit des réponses ouvertes à renseigner.

Les fiches ne seront prises en compte que si elles sont entièrement remplies. Si une fiche est partiellement remplie, elle sera exclue et non comptabilisée.

Fiche n°1 : « Avant la pose de CCI »

- 1-1 Répondre OUI si la check-list est mise en place dans l'établissement
- 1-2 Répondre OUI même si le shampoing n'est pas noté en systématique.
- 1-3 Cocher le ou les items prévu(s) dans les protocoles
- 1-4 Cocher plusieurs cases si les poses de CCI se font dans différents lieux de l'établissement
- 1-5 Cocher plusieurs cases si les retraits de CCI se font dans différents lieux de l'établissement
- 1-6 a) Répondre OUI si la notion d'information est clairement prévue et si OUI compléter 1-6 b
b) Cocher le ou les thème(s) abordés lors de cette information
- 1-7 Répondre OUI si la gestion du carnet de suivi est notée dans le protocole
- 1-8 Cocher le ou les item(s) figurant dans votre protocole
- 1-9 Répondre OUI si la procédure est écrite et disponible à tout moment
- 1-10 Répondre OUI si la procédure est écrite et disponible à tout moment
- 1-11 a) Répondre NON si jamais réalisé ou il y a plus de 3 ans
b) Répondre NON si jamais réalisé ou il y a plus de 3 ans

NUMERO de la Fiche à remplir par l'hygiéniste responsable de l'audit

Fiche n°2 : POSE DE CCI

Audit de connaissance : 1 fiche par personnel « poseur »
Répondre à l'ensemble des questions ci-dessous

2-1 Méthode de renseignement de cette fiche

Autoévaluation Interview

2-2 Lieu de pose (plusieurs réponses possibles)

- Salle d'intervention au bloc opératoire
- Salle à empoussièrement maîtrisée de classe ISO 5, 6 ou 7
- Local conventionnel (sans traitement d'air)
- Autre lieu : -----

2-3 Fonction de la personne auditée

Chirurgien Anesthésiste Radiologue Autre fonction -----

2-4 Utilisation d'une check-list Voie Veineuse Centrale

T*	S*	P*	J*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2-5 Hygiène des mains de l'opérateur

- Chirurgical, par friction
- Chirurgical, par lavage
- Non chirurgical, par friction
- Non chirurgical, par lavage

T*	S*	P*	J*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2-6 La préparation cutanée de la zone opératoire comprend

- a) L'application d'un antiseptique alcoolique
- b) Un séchage spontané

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2-7 Tenue de l'opérateur

- a) Coiffe enveloppante
- b) Masque chirurgical
- c) Casaque stérile
- d) Gants stériles

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2-8 Utilisation d'aiguille de Huber sécurisée

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2-9 La 1^{ère} ponction réalisée immédiatement après la pose (= Vérification du reflux veineux)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2-10 L'aiguille de Huber est laissée en place seulement si une utilisation est prévue dans les 24h

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2-11 La Traçabilité de la pose est notée dans le dossier du patient

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2-12 Un carnet de suivi est initialisé pour être remis au patient

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2-13 Avez-vous suivi une formation sur la pose ou l'utilisation des CCI ou Voie Veineuse Centrale au cours des 3 dernières années ?

OUI NON

Guide de remplissage

Les réponses sont soit des cases à cocher soit des réponses ouvertes à renseigner.

Les fiches ne seront prises en compte que si elles sont entièrement remplies. Si une fiche est partiellement remplie, elle sera exclue et non comptabilisée.

Fiche n°2 « Pose de CCI »

2-1 Noter pour chacune des fiches le mode de renseignement

2-2 Plusieurs réponses possibles concernant le lieu privilégié de pose de la personne auditée

2-3 Noter la fonction de la personne auditée

2-4 à 2-8 Noter l'habitude de la personne auditée

2-9 Noter l'habitude de la personne auditée concernant le reflux veineux

2-10 Noter l'habitude de la personne auditée

2-11 Noter l'habitude de la personne auditée

2-12 Noter l'habitude de la personne auditée

2-13 Noter NON si vous n'avez pas suivi de formation récente (< 3 ans)

NUMERO de la Fiche à remplir par l'hygiéniste responsable de l'audit

Fiche n°3 : Utilisation de la CCI et Gestion du pansement

Audit de connaissance (auto évaluation ou interview) : 1 fiche par professionnel audité.
Répondre à l'ensemble des questions ci-dessous

A) Pose d'aiguille et Gestion du pansement

3-1 a) Service audité

- Hématologie/cancérologie ADULTE
- Hématologie/cancérologie ENFANT
- Chirurgie ADULTE
- Chirurgie ENFANT
- Autre médecine ADULTE
- Pédiatrie
- HAD

b) Méthode de renseignement de cette fiche

Autoévaluation Interview

3-2 Avez-vous suivi une **formation** sur l'utilisation des CCI ou Voie Veineuses Centrales au cours des 3 dernières années ? OUI NON

	T*	S*	P*	J*
3-3 Utilisation d'une tondeuse si une dépilation est nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4 Le patient porte un masque chirurgical s'il n'a pas la tête tournée côté opposé au geste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-5 Tenue du soignant				
a) Tenue professionnelle propre (ou blouse à UU)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Coiffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Masque chirurgical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Gants stériles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-6 Hygiène des mains par friction				
a) Après avoir mis son masque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avant la préparation du matériel au lit du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avant toute manipulation du pansement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Avant le port de gants stériles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-7 Port de gants stériles dans les situations suivantes				
a) Montage de l'aiguille de Huber <small>(aiguille + prolongateur + robinet 3 voies si type 1)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ponction de la chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Antiseptie cutanée lors de la réfection du pansement avec aiguille en place <small>(déterSION, rinçage, séchage et désinfection)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-8 Avant la pose de l'aiguille, la préparation cutanée de la zone comprend				
a) DéterSION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Rinçage à l'eau stérile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Séchage avec des compresses stériles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Application d'un antiseptique alcoolique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Séchage spontané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-9 Utilisation d' aiguilles de Huber sécurisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluation autour des CCI (Chambre à cathéter implantable)

3-10 Cochez le **type d'aiguille** utilisée dans les situations suivantes

	injections	perfusions	rinçage	nutrition parentérale	produits sanguins
19 G (beige)					
20 G (jaune)					
22 G (gris foncé)					
24 G (violet)					

	T*	S*	P*	J*	NC*
3-11 Vérification de l' état cutané local avant la pose de l'aiguille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-12 Positionnement de l'aiguille					
a) Biseau vers le cathéter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Biseau sens opposé au cathéter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-13 Vérification de la perméabilité et du bon fonctionnement de la CCI					
a) Reflux veineux recherché par aspiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Absence de douleur spontanée ou à l'injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Injection aisée de 10ml ou plus de sérum physiologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Bon débit de perfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-14 Après la pose de la CCI, la première réfection de pansement a lieu au plus tard dans les 48 h (NC : HAD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-15 En cas de traitement continu > 8 jours , le changement du pansement est réalisé tous les <i>(plusieurs réponses possibles)</i>					
- 2 jours <input type="checkbox"/>					
- 4 jours (si pansement adhésif transparent + compresse) <input type="checkbox"/>					
- 6 jours <input type="checkbox"/>					
- 8 jours (si pansement semi perméable) <input type="checkbox"/>					
- plus de 8 jours <input type="checkbox"/>					

	T*	S*	P*	J*
3-16 Réfection sans délai du pansement chaque fois qu'il est souillé, mouillé, décollé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-17 Pansement stérile occlusif transparent semi-perméable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-18 Traçabilité de la pose d'aiguille effective				
a) Dans le dossier du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Dans le carnet de surveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-19 Traçabilité du pansement effective				
a) Dans le dossier du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Dans le carnet de surveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluation autour des CCI (Chambre à cathéter implantable)

B) Ablation de l'aiguille de Huber ou Gripper

	T*	S*	P*	J*	NC*
3-20 Le patient porte un masque chirurgical s'il n'a pas la tête tournée côté opposé au geste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-21 Tenue du soignant					
a) Masque chirurgical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Gants non stériles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-22 Hygiène des mains par FRICTION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-23 Antiseptie de la peau en 1 temps + séchage spontané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-24 Antiseptie de la peau en 4 temps + séchage spontané (si présence de points de suture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-25 a) Si absence d'aiguille sécurisée, utilisation d'un système de protection pour éviter les piqûres par phénomène de rebond (si utilisation d'aiguilles sécurisées = NC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Si utilisation d'un système de protection, notez sa référence ou le décrire : ----- -----					
3-26 Rinçage pulsé de la CCI avec 10 ml de NaCl à 0,9% (3 poussées successives minimum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-27 Ablation de l'aiguille réalisée en pression positive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-28 Changement de l'aiguille tous les 8 jours en cas de perfusion continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-29 a) Ablation systématique de l'aiguille après perfusion unique ou en fin de traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Si vous ne procédez pas à l'ablation systématique de l'aiguille après perfusion unique ou en fin de traitement, indiquez la/les raison(s)					
- Traitement discontinu sur 24 h <input type="checkbox"/>					
- Départ au domicile avec un traitement commençant dans la journée <input type="checkbox"/>					
- Autre <input type="checkbox"/> : -----					
3-30 Aiguille éliminée dès son ablation dans le collecteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-31 Traçabilité de l'ablation de l'aiguille effective					
a) Dans le dossier du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Dans le carnet de surveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Evaluation autour des CCI (Chambre à cathéter implantable)

C) Utilisation de la CCI (pratiques générales)

	T*	S*	P*	J*	NC*
3-32 Hygiène des mains par friction avant toutes manipulations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-33 Un rinçage est effectué avec du sérum physiologique :					
a) Avant toute injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Entre deux produits ou solutés différents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) A la fin d'un épisode transfusionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Après un prélèvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-34 Rinçage de la CCI effectué par poussées successives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-35 Le volume de la seringue est égal ou supérieure à 10 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-36 Emploi de compresses stériles pour les manipulations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-37 Utilisation d'un antiseptique alcoolique pour la désinfection des robinets ou connecteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-38 Changement des bouchons à usage unique stériles systématique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-39 Changement des lignes de perfusion :					
a) Toutes les 96 heures en cas de perfusion continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Après chaque passage de produits sanguins et de solutés lipidiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-40 La traçabilité du changement des lignes effective					
a) dans le dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) dans le carnet de surveillance		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-41 Décontamination du plan de travail (préparation du matériel avant la pose ou l'ablation de l'aiguille et le pansement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-42 Si utilisation d'une rampe, elle est fixée à distance du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Guide de remplissage

Les réponses sont soit des cases à cocher soit des réponses ouvertes à renseigner.

Les fiches ne seront prises en compte que si elles sont entièrement remplies. Si une fiche est partiellement remplie, elle sera exclue et non comptabilisée.

Fiche n°3 « Utilisation de la CCI et Gestion du pansement »

A) Pose d'aiguille et Gestion du pansement

3-1 a) Noter le service d'affectation de la personne auditée au moment de l'audit

b) Noter pour chacune des fiches le mode de renseignement

3-2 Noter NON si la personne auditée n'a pas eu de formation récente (<3 ans)

3-3 à 3-13 Noter l'habitude de la personne auditée

3-14 Noter l'habitude de la personne auditée (Répondre NC si non concerné : exemple HAD)

3-15 Plusieurs réponses possibles selon les habitudes de la personne auditée

3-16 à 3-17 Noter l'habitude de la personne auditée

3-18 a) Noter l'habitude de la personne auditée

b) Noter l'habitude de la personne auditée. Noter *JAMAIS* s'il n'existe pas de carnet de surveillance instauré

3-19 a) Noter l'habitude de la personne auditée

b) Noter l'habitude de la personne auditée. Noter *JAMAIS* s'il n'existe pas de carnet de surveillance instauré

B) Ablation de l'aiguille de Huber ou Gripper

3-20 à 3-22 Noter l'habitude de la personne auditée

3-23 Noter l'habitude de la personne auditée dans le cadre de l'ablation de l'aiguille

3-24 Noter l'habitude de la personne auditée s'il y a présence de points de suture

3-25 a) Noter l'habitude de la personne auditée. Si la personne auditée utilise des aiguilles sécurisées, noter NC.

b) Si la personne auditée utilise un système de protection, notez sa référence ou décrivez-le

3-26 Noter l'habitude de la personne auditée concernant le rinçage avant le retrait de l'aiguille

3-27 à 3-30 Noter l'habitude de la personne auditée

3-31 a) Noter l'habitude de la personne auditée

b) Noter l'habitude de la personne auditée. Noter *JAMAIS* s'il n'existe pas de carnet de surveillance instauré

C) Utilisation de la CCI (pratique générales)

3-32 à 3-39 Noter l'habitude de la personne auditée

3-40 a) Noter l'habitude de la personne auditée

b) Noter l'habitude de la personne auditée. Noter *JAMAIS* s'il n'existe pas de carnet de surveillance instauré

3-41 Noter l'habitude de la personne auditée

3-42 Noter l'habitude de la personne auditée